医政第638号

令和５年７月14日

各病院の開設者

　　　　　　　　　　　　　　　様

各有床診療所の開設者

岩手県保健福祉部医療政策室長

医療施設防火体制整備費補助金の令和６年度活用希望調査について（依頼）

　本県における地域医療の確保及び推進につきましては、日頃から御支援、御協力を賜り御礼申し上げます。

　さて、病院及び有床診療所におけるスプリンクラー等の設置については、国庫補助を財源として医療施設に対して補助金を交付しているところですが、令和６年度予算編成等の参考とするため、下記の活用希望調査への御協力をお願いいたします。

　なお、スプリンクラーの設置については、消防法施行令の一部を改正する政令(平成26年政令第333号)による経過措置が令和７年６月30日までとなっております。

　本調査の結果に基づいて令和６年度の県予算を確保するため、補助金を活用する予定の医療機関におかれましては、調査票を必ず提出するようお願いいたします。

記

１　調査票

　　別紙のとおり。

２　提出期限

令和５年９月20日（水）

３　提出方法

調査票に記入の上、担当あてメール又はFAXにて提出願います。

４　留意事項

（１）これまでの調査で、経過措置終了に合わせ無床化予定と回答いただいた医療機関にも送付しております。御了承ください。

（２）標記補助金の交付を受けるためには、別途手続が必要となります。交付手続の開始については、国からの連絡があり次第、県のホームページでお知らせする予定です。

（３）スプリンクラー設備等の設置基準等に関することについては、管轄の消防署へお問い合わせください。

医務担当　須藤　俊文

TEL：019-629-5406

FAX：019-626-0837

E-mail：AD0002@pref.iwate.jp

（提出先）岩手県保健福祉部医療政策室・須藤　俊文　宛

TEL:019-629-5406　FAX：019-626-0837

岩手県盛岡市内丸10-1

医療施設防火体制整備費補助金活用希望調査票

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 医　療　機　関　名 | |  |
| 回　答　者 | 部　　　署 |  |
| 職名・氏名 |  |
| 電話番号（内線） | ‐　　　　‐　　　　（　　　　） |
| ＦＡＸ番号 | ‐　　　　‐ |
| E-mailアドレス | @ |

該当する番号を○で囲み、必要事項を下線部（　　　）に記入願います。

（１）当該補助金の活用希望

　　１　　希望する　⇒（２）へ　　　　　２　　希望しない　⇒調査終了

（２）施設状況

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 調査内容 | | 回　　答 |
| 施設種別 | | １　病院　　２　有床診療所 |
| 許可病床数 | | 床 |
| 主な診療科 | |  |
| 整備予定 | スプリンクラー設備等の種別 | １　通常型スプリンクラー  ２　水道連結型スプリンクラー  ３　パッケージ型自動消火設備  ４　消防法施行令第32条 |
| 対象面積 | ㎡ |
| 消火ポンプユニット設置の有無  ※スプリンクラー種別が「通常型」又は「水道連結型」の場合のみ該当 | １　有　　　２　無 |
| 自動火災報知設備設置の有無 | １　有　　　２　無 |

（３）その他（自由記載）

|  |
| --- |
|  |